DISSERTATION

N° 284.

SUR LES HERNIES INTESTINALES

AVEC GANGRÈNE ;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 décembre 1819, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR LOUIS LE PERREY, natif de Bayeux,

Département du Calvados ;

Élève interne de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Periculum in morâ.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons Sorbonne, n.° 13.

1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT, *Président.*
M. PELLETAN.
M. PERCY.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL, *Examinateur.*
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN, *Examinateur.*
M. DESORMEAUX, *Examinateur.*
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN, *Examinateur.*
M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES,

MONSIEUR DUPUYTREN,

Professeur de la Faculté ; Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu ; Inspecteur-général de l'Université ; Membre de la Légion d'Honneur, de l'ordre de Saint-Michel et de Saint-Waldemir de Russie ;

MONSIEUR RÉCAMIER,

Professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, etc.

Hommage de respect, d'admiration et de reconnaissance.

LOUIS LE PERREY.

DISSERTATION

SUR LES HERNIES INTESTINALES

AVEC GANGRÈNE.

Dans les hernies intestinales étranglées, si on ne fait à temps cesser l'étranglement à l'aide des moyens indiqués, la constriction qu'éprouve l'intestin déplacé (constriction qui est appelée *étranglement herniaire* en détermine l'inflammation ; ordinairement cette inflammation se propage dans l'abdomen, donne lieu le plus souvent à une péritonite, quelquefois à une entérite ; et à une époque qu'il est aussi difficile de prévoir que de déterminer, la gangrène envahit l'intestin étranglé ; le malade court alors les plus grands risques, et s'il échappe de cette lutte, qui met sa vie aux prises avec la mort, c'est pour être voué, quelquefois le reste de sa vie, à la plus dégoûtante infirmité.

La cause de la gangrène, dans les hernies, réside évidemment dans la constriction exercée sur l'intestin : cette constriction produit la gangrène de deux manières différentes ; 1.° en anéantissant la circulation dans les parties soumises à l'étranglement ; 2.° en causant l'inflammation de l'intestin, qui se termine par gangrène.

On a vu la gangrène survenir sans étranglement chez des individus dans un état de décrépitude. *Richter* en rapporte un exemple. Différentes causes ont une influence plus ou moins grande sur le

développement de la gangrène : les principales sont, l'espèce d'étranglement, l'espèce de hernie, la nature et le volume des viscères soumis à l'étranglement, la durée de l'étranglement. Divers moyens mis en usage dans l'intention de faire cesser l'étranglement, tels que le *taxis*, les topiques réfrigérans, etc. ; l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution, ont une influence sur le développement de la gangrène, qu'il serait superflu d'exposer.

Espèces d'étranglemens. Les auteurs ont admis deux sortes d'étranglemens; l'un aigu, ou inflammatoire; l'autre chronique, ou lent. J'omets l'étranglement spasmodique de *Richter*, comme non confirmé par la pratique.) Considérons l'un et l'autre comme cause de gangrène.

Étranglement aigu. La gangrène de l'intestin est quelquefois l'effet immédiat de la constriction ; c'est quand celle-ci agit à un degré tel, qu'elle interrompt et anéantit la circulation dans les parties étranglées. Dans ce cas, la mortification est prompte, primitive.

Ledran et *Van-Swiéten* rapportent des exemples de gangrène au bout de quarante-huit heures d'étranglement. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu, à la clinique de M. le professeur *Dupuytren*, des intestins gangrénés au bout de vingt-trois, ving-quatre heures. *Richter* l'a vue survenir au bout de huit heures. Mais ordinairement la gangrène est plus tardive, parce que la constriction n'est pas aussi forte. L'inflammation de l'intestin étranglé en est l'effet primitif, et la gangrène effet secondaire : celle-ci est subordonnée à l'intensité de l'inflammation ; aussi tout ce qui est capable d'en diminuer ou d'en augmenter l'intensité retardera ou hâtera la gangrène : de là l'époque variable de son invasion, et la difficulté de déterminer le temps de l'opération. Dans l'étranglement chronique, la gangrène est encore plus tardive. Une constipation opiniâtre précède toujours la constriction ; quelquefois même il n'y a pas, à proprement parler,

d'étranglement, c'est une interception produite par l'accumulation des matières dans l'intestin contenu dans le sac herniaire; et, s'il arrive que la présence des matières distende l'intestin au point que son volume soit dans un rapport disproportionnel avec l'anneau herniaire, il en résultera étranglement; et comme l'inflammation est peu intense en ces cas, la gangrène est tardive, et ne survient jamais avant le dixième, douzième, quinzième et dix-huitième jour, et quelquefois même plus tard.

Espèces de hernies. Si la constriction, comme nous l'avons dit, est, dans certains cas, la cause immédiate de la gangrène, il est évident que, plus l'ouverture qui aura livré passage à l'intestin sera étroite et moins extensible, plus elle sera susceptible d'exercer une constriction forte, et de donner plus promptement lieu à la gangrène. L'anatomie nous démontre que le trou *suspubien*, chez la femme, l'anneau crural chez l'homme, l'anneau ombilical dans les deux sexes, sont les ouvertures les plus étroites : j'en offre pour preuve le volume comparatif de ces hernies avec les autres hernies de l'abdomen. De là nous devons établir que le bubonocèle chez la femme, le mérocèle chez l'homme, l'exomphalocèle dans les deux sexes, seront, toutes choses égales d'ailleurs, plus promptement suivies de gangrène que les autres espèces de hernies. Chez les enfans, les ouvertures par où se forment les hernies sont en général plus extensibles que chez l'adulte, parce qu'elles sont en grande partie formées d'un tissu lamineux, et que les fibres aponévrotiques ligamenteuses ne sont encore que *rudimentaires*. Est-ce à cette disposition anatomique qu'il faut rapporter la rareté de l'étranglement herniaire à cet âge? Et, d'après cette disposition, n'est-il pas évident que la gangrène surviendrait plus tardivement chez les enfans, s'il n'y avait pas dans leurs fonctions une activité plus grande que dans celles de l'adulte.

Volume des parties étranglées. Lorsque l'intestin est pincé, comme le dit *Louis*, c'est-à-dire qu'une partie seulement de son calibre est

étranglée, ce qui, pour l'ordinaire, a lieu dans les hernies formées et étranglées simultanément, dans ces hernies, la constriction est étroite, l'anneau est un peu dilaté, jouit de toute son élasticité, réagit fortement sur l'intestin étranglé, et la gangrène survient rapidement. Le danger est moins pressant, dit *Richter*, quand une anse d'intestin forme la hernie, parce qu'il se trouve ordinairement dans l'anneau une portion du mésentère qui modère la pression de l'anneau sur l'intestin.

Dans les hernies entéro-épiploïques, l'épiploon qui se trouve toujours placé en avant, fait l'office d'une pelote molle, sur laquelle agit immédiatement la constriction, modère celle exercée sur l'intestin, et retarde ainsi l'époque de la gangrène. Cette différence dans la constriction qu'éprouvent l'épiploon et l'intestin est telle dans certains cas, que l'épiploon, quoique d'une sensibilité moindre, est frappé de gangrène avant l'intestin.

Une observation de M. *Larrey*, consignée dans le journal de chirurgie de *Desault*, vient à l'appui de ce que j'avance; je n'en rapporterai que l'analyse.

Depagniez, caporal, en levant un fardeau, fut atteint d'une hernie inguinale. Pendant cinq ans elle augmenta peu-à-peu de volume, et fut au bout de ce temps maintenue avec un bandage à pelote concave, car elle ne rentrait qu'incomplètement. Pendant dix ans Depagniez continua son service et cessa de porter son bandage. En franchissant un fossé, sa hernie s'étrangla: l'opération fut pratiquée le quatrième jour; une portion d'épiploon du volume du poing était gangrénée; elle fut excisée. Derrière était une anse d'intestin d'un brun foncé; elle fut réduite et retenue au voisinage de l'anneau, à l'aide d'un fil passé à travers le mésentère. Les accidens cessèrent après l'opération. Le deuxième jour, on ôta le fil; le malade touchait à sa guérison le trente-septième jour.

Durée de l'étranglement. Il ne serait pas sans importance de chercher à déterminer le temps de l'opération, afin de prévenir l'inflammation du péritoine, la gangrène de l'intestin. « On pourrait, « à ce sujet, dit *Scarpa*, retirer beaucoup d'avantage de la compa- « raison d'un grand nombre d'observations et de remarques parti- « culières » ; mais il y a dans les symptômes de l'étranglement des degrés si variés d'acuité, tant de causes qui les modifient, qu'il sera toujours difficile de régler le temps de l'opération. La durée seule de l'étranglement serait un guide trompeur à prendre, car il y a des cas qui nécessitent l'opération au bout de quelques heures, tel est celui qui obligea *Leblanc* à opérer au bout de cinq heures. « J'ai vu, dit *Arnaud*, beaucoup d'exemples de malades qui sont « morts dans les douze ou quinze premières heures de l'étrangle- « ment; j'en ai vu quelques-uns périr au bout de cinq à six heures » ; tandis qu'il y a des cas dans lesquels on peut différer pendant plusieurs jours. C'est ainsi que *Garengeot*, *Desault*, *Saviard*, ont opéré avec succès le douzième, dix-huitième, vingt-deuxième jour de l'étranglement. M. le professeur *Dupuytren*, en 1815, a opéré une femme d'une hernie crurale le dix-neuvième jour de l'étranglement; l'intestin n'était que modérément enflammé. Ces faits et tant d'autres semblables n'autorisent-ils pas à conclure que c'est d'après l'intensité des symptômes, l'analyse de l'état du malade, et non d'après la durée de l'étranglement, qu'on doit prendre la détermination de différer ou de pratiquer la herniotomie. Mais observons que, dans quelques cas, la gravité de l'état du malade, l'urgence du danger, ne sont pas évidens; que les inflammations du bas-ventre se déguisent quelquefois sous les dehors d'un calme mensonger. Et quel est le praticien qui n'a pas quelquefois rencontré inopinément à l'ouverture du sac l'intestin gangréné? De là, ne peut-on pas établir que le temps le plus convenable pour l'opération, le moyen le plus sûr d'en assurer le succès, de prévenir l'inflammation et la gangrène de l'intestin, serait de la pratiquer toujours, dans les cas d'étranglement aigu, dans les vingt-quatre

premières heures, sauf quelques cas qui la requièrent quelques instans après l'étranglement. Au contraire, dans l'étranglement chronique, on peut sans danger différer quelques jours.

Du taxis. Il est aussi consolant pour le médecin qu'avantageux pour le malade de voir, à l'aide du taxis, cesser les accidens de l'étranglement. Mais combien de fois les manœuvres intempestives du taxis longuement exercées ont aggravé l'état du malade et hâté la gangrène. *Desault*, dans ses leçons, citait de nombreuses observations sur les funestes effets du taxis; plusieurs sont consignées dans ses œuvres chirurgicales. *Maréchal*, dit *Morand* (opuscules de chirurgie), a vu des boyaux crevés par des efforts de réduction. *A. Cooper* a vu la gangrène être le résultat du taxis. Les malades reçus dans les salles de clinique de M. le professeur *Dupuytren* en offrent chaque année des exemples. Le taxis, dans les hernies intestinales étranglées, me paraît toujours nuisible, lorqu'on n'obtient pas le but qu'on se proposait en l'exerçant, c'est-à-dire la réduction de la hernie, la cessation des accidens de l'étranglement; il est nuisible, en ce qu'on n'exerce pas de pression sur une partie déjà irritée, enflammée par l'action de l'étranglement, sans causer des douleurs ou accroître celles existantent, sans provoquer ou augmenter l'engorgement, l'inflammation des parties étranglées; ce qui rend le degré de constriction plus considérable, et accélère ainsi l'invasion de la gangrène. Cette remarque n'était point échappée à *Franco*, le premier qui ait publié un traité sur les hernies. « Bien « souvent, dit-il, tant plus le presse-t-on avec la main pour le « réduire, tant plus s'augmente l'inflammation et les douleurs ès « ventre. » Comptez rarement, dit *Desault*, sur la réussite de l'opération après les efforts multipliés pour réduire la hernie; espérez toujours d'une hernie à laquelle on n'a point touché avant l'opération; si l'on considère les cas variés et nombreux d'étranglemens qu'on ne peut lever que par la herniotomie. Si l'on considère la fréquence des adhérences établies, soit avant, soit pendant l'étranglement, obstacle à la réduction, on jugera de là

combien on fait un usage abusif et nuisible du taxis, en l'exerçant toujours dans tous les cas de hernies étranglées, avant d'en venir à l'opération.

J'essaierai de déterminer les cas d'étranglement dans lesquels on doit s'abstenir du taxis, et ceux dans lesquels on doit l'exercer. Il faut, ce me semble, s'en dispenser, 1.° dans les hernies formées et étranglées simultanément; 2.° dans les hernies petites, récentes ou anciennes, que *Jean Louis* nomme *marronnées*, survenues accidentellement, maintenues exactement depuis leur apparition, étranglées pendant un effort; 3.° dans les hernies qui, formées et étranglées comme les précédentes, offrent sous un volume ordinaire une tumeur tendue, dure, rénitente, douloureuse au toucher, surtout si ces hernies sont fémorales ou inguinales chez la femme; 4.° dans les hernies avec adhérences, jointes à l'étranglement; ces adhérences sont un obstacle qui rend les tentatives de réduction infructueuses dans la plupart des cas; 5.° dans les hernies qu'on a, sans succès, essayé de réduire, lorsque les tentatives de réduction ont augmenté le volume, la tension de la tumeur l'ont rendue douloureuse : il faut ou insister sur le traitement antiphlogistique, ou en venir à l'opération, selon l'urgence des accidens. On a observé différentes variétés d'étranglemens, qu'on ne peut lever que par l'opération; et si *à priori* il était possible de les reconnaître, cette connaissance donnerait au médecin la conviction de l'inutilité du taxis dans ces cas, et de la nécessité de l'opération.

Il faut encore s'abstenir du taxis, lorsque, après plusieurs jours d'étranglement, la tumeur herniaire s'est affaissée, est devenue molle : ce changement indique le passage à l'état gangréneux. Des chirurgiens peu attentifs s'y sont quelquefois mépris, ont exercé le taxis; l'effusion des matières fécales dans l'abdomen, peu de temps après la réduction, à causé la mort des malades. La chirurgie de *Jean Louis*, la clinique chirurgicale de M. le professeur *Pelletan*, en offrent des exemples.

Dès que la tumeur est enflammée, dit *Delpech*, il faut s'abstenir du taxis. *Guntz* a, en peu de mots, donné les caractères de l'inflammation de la hernie : *Ubi inflammatio accessit, ex molli, durus, tensus, renitensque fit humor.*

Si le taxis est toujours nuisible quand on ne parvient pas à réduire la hernie et à faire cesser les accidens d'étranglement, il est convenable de n'y recourir que dans les cas qui réunissent toutes les probabilités de succès. Avant d'exercer le taxis, il faut mettre en usage les remèdes généraux indiqués d'après l'espèce d'étranglement; et lorsqu'à l'aide de ces remèdes, du repos au lit, la hernie est devenue moins rénitente, qu'elle a cessé d'être douloureuse, qu'en la pressant on entend une sorte de gargouillement, et qu'en même temps elle devient moins volumineuse, on peut alors, avec confiance, essayer le taxis. On y aura recours aussi dans les hernies survenues lentement, qui n'ont jamais été maintenues réduites, dans lesquelles l'intestin s'échappait et rentrait avec facilité avant l'étranglement. Il en sera de même dans les hernies engouées d'un volume ordinaire, sans adhérence. Les Anglais ont préconisé les applications réfrigérantes sur les hernies étranglées, comme la glace pilée, un mélange à parties égales de nitrate de potasse et d'hydrochlorate, d'ammoniaque, etc. Ces moyens peuvent être efficaces si on les emploie dès le début de l'étranglement, et qu'on en continue l'usage jusqu'à la réduction; car, si on en suspend l'application, il en résulte une réaction vitale qui accroît rapidement l'inflammation et hâte la gangrène.

Symptômes de la gangrène. On trouve dans tous les auteurs les symptômes qui décèlent la gangrène de l'intestin; mais on n'y rencontre pas ceux qui indiquent l'imminence de la gangrène. J'ai observé que les vomissemens de matières fécales ou de matières jaunâtres, verdâtres, joints à la fréquence des hoquets, des éructations, avec une sorte de tension, de rénitence de la hernie, douloureuse

au toucher, coïncidaient avec une teinte noire de l'intestin, état qui nous paraît le plus voisin de la gangrène.

Nous divisons les symptômes de la gangrène en *symptômes locaux* et en *symptômes généraux*.

Symptômes locaux. La tumeur herniaire, qui auparavant était tendue, rénitente, perd tout à coup son ressort, son élasticité devient molle, flasque, diminue de volume, cesse d'être douloureuse, offre souvent au toucher une crépitation emphysémateuse : si la gangrène s'étend aux tégumens, la peau devient livide, rougeâtre, verdâtre, offre des vergetures, des phlyctènes ; l'épiderme se détache, la peau se transforme en une escharre noirâtre ; il s'y forme des ouvertures d'où sortent les matières fécales et des gaz. Quelquefois la gangrène étend au loin ses ravages, détruit le scrotum, les testicules, comme dans l'exemple rapporté (Mémoires de l'académie), se propage aux parois du bas-ventre.

Symptômes généraux. Les malades éprouvent une sorte de bien être, un calme momentané, annoncés par la cessation des douleurs, des hoquets. Mais bientôt survient un état d'abattement, de prostration, ou les traits du visage se décomposent; les hoquets reparaissent, le pouls devient petit, irrégulier, se retire vers le cœur; la chaleur abandonne les membres, la respiration devient languissante, une sueur froide se répand sur tout le corps. Quelquefois la réduction spontanée de la hernie est suivie de selles fétides, involontaires ; les fonctions intellectuelles se troublent, s'anéantissent, et le malade succombe. Mais la maladie n'a pas toujours une terminaison aussi malheureuse. Il arrive quelquefois que l'évacuation des matières stercorales à travers la peau gangrénée amène à l'instant une grande amélioration dans l'état du malade. Il guérit en conservant un anus contre nature ; quelquefois, au bout d'un temps variable, l'excrétion stercorale reprend ses voies naturelles. L'anus contre nature guérit spontanément, ou il reste une petite fistule d'où découle un liquide tantôt limpide, tantôt jaunâtre.

Si l'on procède à l'ouverture cadavérique des victimes de cette maladie, on observe que le tube intestinal, relativement à ses dimensions, est partagé en deux parties par l'étranglement : l'une, supérieure, distendue par des gaz, des matières fécales, offre une ampleur remarquable ; l'autre, inférieure, rétrécie, revenue sur elle-meme, ressemble à un intestin de chat, comme l'a dit le professeur de Pavie. On trouve ordinairement les traces d'une violente péritonite, dont l'intestin étranglé a été le point de départ ; le péritoine est rouge, injecté, couvert de fausses membranes blanchâtres, couenneuses ; les circonvolutions intestinales adhèrent souvent entre elles ; du pus ou de la sérosité purulente est accumulée dans le petit bassin, dans les hypochondres. On trouve quelquefois un épanchement de matières fécales dans le bas-ventre, lorsque la gangrène s'est étendue au-dessus du siége de l'étranglement, et qu'il s'est fait une crevasse à l'intestin. Chaque bout d'intestin continu à la portion gangrénée vient, en convergeant, se réunir à angle aigu à l'orifice de l'anneau ; là, les deux bouts sont en contact, adossés, adhérens, parallèles, dans une étendue variable, et relative à l'étroitesse et à la longueur du canal dans lequel ils sont contenus. Dans l'espace angulaire, circonscrit par les deux bouts d'intestins, dont la disposition représente une sorte de V, on voit le mésentère (si c'est l'intestin grêle qui formait la hernie), distendu, étalé en forme d'éventail, fixé d'une part à la colonne vertébrale, d'une autre à l'anneau : là, resserrée dans un espace étroit, il presente des plis longitudinaux, qui disparaissent et s'eloignent de l anneau. Cette disposition du mésentère contribue pour beaucoup à la guérison spontanée des anus contre nature. Si on examine l'intestin gangréné contenu dans le sac herniaire, lorsque l'inflammation a éliminé les escharres, on voit le sac assez souvent gangréné, l'orifice des deux bouts d'intestins adhérens entre eux, et au col du sac, ordinairement dans toute sa circonférence. Ces adhérences, qu'on détruit facilement avec le scalpel, quand elles sont récentes, ont peu d'étendue en hauteur, se bornent à deux ou trois

lignes ; pour l'ordinaire, le bout inférieur est placé en dehors, et le bout supérieur en dedans. Je les ai vus une fois placés au-dessus l'un de l'autre. Ils sont séparés par une saillie médiane en forme de croissant, plus ou moins prononcée, selon qu'une anse d'intestin, ou seulement une partie de son calibre, a été gangrénée. C'est ce croissant qui quelquefois s'avance jusqu'au niveau de la peau, intercepte la continuité du tube digestif, et met obstacle au passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur.

Anatomie pathologique. La gangrène de l'intestin se présente sous différens caractères qu'il est important de connaître ; ils ne sont pas toujours manifestes, au point qu'on ne puisse quelquefois douter s'il y a mortification. Une sérosité ichoreuse et fétide contenue dans le sac, une odeur particulière propre aux tissus mortifiés qui s'exhalent à l'ouverture du sac, la teinte noire ardoisée de l'intestin, qui a perdu cette sorte de poli et de luisant propre aux membranes séreuses, une sorte de facilité à distraire, isoler la tunique péritonéale des autres tuniques, l'affaissement des parois, qui se déchirent à une légère traction, sans douleur, sans effusion de sang, enfin; l'anéantissement de la sensibilité et de la contractilité, tels sont les caractères qui indiquent le sphacèle de l'intestin. Si la gangrène est bornée à une escharre peu étendue, elle se présente sous la forme de plaques grisâtres, blanchâtres, cendrées. Ces plaques gangréneuses, solitaires ou multiples, occupent ordinairement la convexité de l'anse intestinale, ou l'endroit de l'étranglement; quelquefois on en observe dans l'abdomen. De là la nécessité d'attirer toujours l'intestin au-dehors, afin de s'assurer s'il n'est pas gangréné au-delà de l'étranglement. Il ne faut pas confondre avec la gangrène l'entérite sur-aiguë. Dans cet état, l'intestin offre, comme dans le cas de gangrène, une teinte noire, mais il conserve sa rénitence, sa forme tubuleuse ; ses parois sont épaissies ; cet épaississement est dû à l'injection des capillaires, à une infiltration sanguine. La tunique péritonéale conserve son poli : si on incise

superficiellement cet intestin, il en découle du sang. *Lawrence* a recommandé, dans ces cas, pour s'assurer s'il y avait gangrène, de faire un vide dans les veines, en poussant le sang qu'elles contiennent en avant; si elles se remplissent, on a la certitude de la vitalité de l'intestin. Il faut encore distinguer la gangrène de l'empreinte de l'étranglement. C'est une ligne circulaire blanchâtre, un peu déprimée, en quelque sorte transparente; il semble que l'intestin soit aminci, réduit à sa tunique péritonéale, et que les autres tuniques aient été divisées par l'action de l'étranglement.

Diagnostic. Il est, dans certains cas, bien difficile d'asseoir le diagnostic de la gangrène, parce que l'intestin peut être gangréné, sans que l'état, l'aspect de la hernie en fournissent aucun signe; parce que les symptômes généraux de la gangrène coïncident souvent avec ceux de l'inflammation du bas-ventre, et que cette coïncidence dissimule la gangrène de l'intestin. C'est surtout dans les cas où la gangrène consiste en une ou plusieurs escharres de quelques lignes, qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de la reconnaître, parce que l'intestin conserve sa rénitence, sa forme tubuleuse, et que la hernie n'a pas changé d'aspect. Mais, lorsque l'intestin est sphacélé, affaissé, ce qu'indique la perte du ressort de la hernie; ou lorsque la peau est altérée, qu'elle a subi un commencement de décomposition, dans ces cas, la gangrène est de toute évidence. Quand le malade éprouve des coliques atroces, qu'il pousse des cris plaintifs, qu'il s'y joint de violentes agitations ou un profond abattement, que la face est grippée, couverte de sueur froide, que le bas-ventre, d'abord tendu, se tuméfie, qu'il survient des mouvemens convulsifs, que le pouls est petit, fréquent, irrégulier, cet état indique un épanchement stercoral dans l'abdomen.

Prognostic. La hernie intestinale étranglée est une maladie fort grave, mortelle le plus souvent; et lorsque la nature surmonte

les premiers désordres que cette maladie jette dans les fonctions, il reste encore une plaie à l'intestin, un anus contre nature, dont la guérison est souvent longue, difficile, quelquefois impossible. C'est lorsqu'un des deux bouts d'intestins (l'inférieur) est obturé, transformé en un tissu fibreux, ou retiré profondément dans l'abdomen, et se dérobe aux investigations de l'art. Le prognostic sera plus ou moins fâcheux, selon l'espèce de hernie, selon l'étendue de la gangrène, selon l'intestin gangréné; je fais abstraction de l'âge, du sexe, de la constitution du malade, de toutes les complications qui peuvent aggraver son état, et doivent influer sur le prognostic. Dans les hernies ombilicales, le prognostic sera plus grave, parce que l'intestin gangréné est ordinairement plus voisin de l'estomac, et que l'épanchement stercoral est plus à craindre, parce que du lieu de l'étranglement à la cavité abdominale il n'y a pour ainsi dire qu'un espace indivisible; et pour peu que la gangrène se soit propagée au-delà de l'étranglement, l'épanchement a lieu, parce que la guérison de l'anus contre nature s'obtient plus difficilement. Quand une anse d'intestin est gangrénée, le prognostic sera plus alarmant que quand il y a une partie de la circonférence, parce que, dans le premier cas, la guérison de l'anus contre nature a lieu rarement, et que les secours de l'art sont le plus souvent nécessaires. Dans le second cas, au contraire, la fistule stercorale ou l'anus contre nature guérissent pour l'ordinaire naturellement. Il importe de connaître quel est l'intestin gangréné, et à quelle distance environ de l'estomac il est gangréné; car, si c'est l'intestin grêle, le prognostic sera plus fâcheux. L'observation, depuis long-temps, a démenti l'opinion des anciens, qui réputaient mortelles les plaies de l'intestin produites soit par la gangrène, soit par un agent mécanique. Aujourd'hui qu'il est au pouvoir de l'art de rendre l'excrétion à ses voies naturelles, et de faire ainsi cesser le dépérissement que causait l'anus contre nature, on ne doit plus juger mortelle, à l'exemple de *Cooper*, la gangrène même du jéjunum.

Dans le cas où la hernie contenait le cœcum, dit le professeur

Lawrence, la gangrène n'a que peu derangé le cours naturel des matières fécales, et les malades se sont promptement rétablis.

Il est toujours indiqué d'opérer dans les hernies étranglées avec gangrène, excepté quand celle-ci a envahi le sac et les tégumens, qu'elle a ouvert une voie libre à l'évacuation des matières et des gaz, comme dans l'observation suivante.

La femme Françoise Hugot, âgée de trente-neuf ans, tempérament bilieux, avait une hernie crurale réductible peu volumineuse. Le 4 septembre 1819, pendant un effort, la hernie sortit, devint douloureuse, irréductible, les symptômes de l'étranglement se manifestèrent: la maladie fut méconnue, un emplâtre fut appliqué sur la tumeur, devenue rouge. La malade était aux portes de la mort, lorsque, le douzième jour, la tumeur gangrénée donna issue aux matières stercorales; ces selles furent suivies d'une grande amélioration. Admise à l'Hôtel-Dieu le seizième jour, elle présenta, au-dessous de l'arcade crurale, cinq fistules distantes de quelques lignes, en partie obstruées par des lambeaux de tissu lamineux gangrénés. La peau était rouge, engorgée, douloureuse. Ces fistules donnaient presque sans cesse issue à des matières alvines, liquides, jaunâtres. L'état de la malade était assez rassurant; elle avait peu d'appétit, point de fièvre; le bas-ventre était volumineux, un peu douloureux. (*Prescription :* cataplasmes émolliens sur les fistules, souvent renouvelées dans la journée; eau de gomme pour boisson; léger potage pour aliment.

Le 5.e jour, les coliques étaient dissipées, le ventre moins volumineux; en pressant au-dessus de l'arcade crurale avec la main, M. le professeur *Dupuytren* faisait sortir du pus et des gaz par ces fistules; la peau qui les avoisinait était érysipélateuse. (*Prescription :* lotions avec eau de guimauve, demi-lavemens émolliens chaque jour, demi-portion d'alimens.)

Le 13.e jour, colique, tranchées, expulsion de vents par l'anus.

Le 15.e jour, selle peu abondante par le rectum, renouvelée les jours suivans.

Le 30.e jour, l'excrétion se faisait en grande partie par les voies naturelles; l'engorgement, la rougeur de la peau étaient dissipés. Au bout de deux mois, deux fistules étaient cicatrisées. M. le professeur *Dupuytren* pensa que la compression exercée avec la pelote d'un bandage hâterait la cicatrisation des autres fistules. Au bout de quatre mois cette femme était guérie. Je l'ai vue il y a peu de temps; quoiqu'elle ait toujours continué de porter son bandage, une hernie secondaire reductible s'est formée du même côté.

Je ne pense pas qu'on puisse s'étayer de faits semblables pour abandonner aux efforts de la nature le salut du malade; il est toujours instant d'opérer, d'ouvrir une issue aux matières qui, distendant l'intestin, causent d'horribles coliques. « Un chirurgien, dit « *Jean Louis*, pour peu qu'il soit intelligent, ouvrira les tégumens, « épargnera à la nature cette dernière opération, qui a souvent « conservé la vie aux malades. » On évite par l'opération l'épanchement des matières dans l'abdomen, et on prévient l'infiltration lointaine des matières stercorales dans le tissu lamineux sous-cutané.

Traitement.

1.° Évacuer les matières stercorales qui distendent l'intestin, en établissant un anus contre nature; 2.° combattre les symptômes inflammatoires du bas-ventre; 3.° aider la cure spontanée de l'anus contre nature; 4.° l'obtenir par l'art, dans l'insuffisance des efforts de la nature; 5.° assujettir à un régime l'individu guéri de cette maladie : telles sont, en général, les indications à remplir dans le traitement des hernies avec gangrène. Avant de parler du traitement de la hernie avec gangrène, traitons de cet état surinflammatoire de l'intestin étranglé, voisin de la gangrène.

Assez souvent, à l'ouverture du sac, on rencontre l'intestin noir, épaissi. Cet état surinflammatoire touche pour ainsi dire à la gangrène, mais ne peut pas être réputé gangréneux. Des auteurs

recommandent d'en faire la réduction, parce que la chaleur du bas-ventre doit le ramener à son type naturel. S'il arrivait qu'il se gangrénât après la réduction, comme il reste, dit-on, constamment adhérent au voisinage de l'anneau; il ne se ferait point d'épanchement, les matières stercorales seraient expulsées par la plaie. Les faits suivans démentent cette théorie.

Observation tirée de la clinique chirurgicale de M. le professeur Pelletan.

« François Giraud, âgé de dix-huit ans, sculpteur, faisant un effort pour soulever un fardeau, détermina la sortie volumineuse d'une hernie, dont il n'avait jamais eu d'apparences précédemment. La douleur du ventre, les hoquets et les vomissemens suivirent presque immédiatement; cependant on laissa passer vingt-quatre heures sans tenter la réduction. Le deuxième jour, les accidens devinrent formidables; les douleurs de ventre étaient atroces, les hoquets et les vomissemens continuels. Lorsqu'on amena le malade à l'Hôtel-Dieu, le 30 mai 1814, la tumeur descendait dans le scrotum; elle était douloureuse au toucher, très-dure vis-à-vis de l'anneau, et la peau était dans un état d'inflammation. Il aurait été inutile et funeste de faire la moindre tentative de réduction : je pratiquai l'opération sur-le-champ. L'ouverture du sac n'offrit point de sérosité; l'épiploon se présenta sous un gros volume mou, de couleur noire, adhérent au fond du sac, cachant la hernie intestinale. Je coupai cette membrane près de l'anneau, sans qu'il s'en écoulât une goutte de sang, et découvris une assez petite portion d'intestin déjà de couleur noire; cependant l'anneau fut incisé, l'intestin remis dans le ventre. Le malade mourut quelques heures après l'opération.

« Au milieu des symptômes, qui s'étaient prodigieusement accrus, l'ouverture du corps nous présenta l'épiploon couvrant tous les intestins enflammés dans toute son étendue, et gangrénés au voisi-

nage de l'anneau ; tous les viscères étaient couverts de matière gélatineuse, concrètes; la portion d'intestin qui avait formé la hernie, était noire, percée de plusieurs trous, par lesquels les matières stercorales étaient épanchées dans l'abdomen.

Observations recueillies par M. le docteur PATISSIER
(ancien interne de l'Hôtel-Dieu).

Baret, cordonnier, âgé de trente ans, fort, vigoureux, habitant Paris, avait une hernie inguinale qui s'était étranglée en courant. Il but et mangea copieusement pendant l'étranglement ; il fit sur sa hernie des onctions huileuses pour calmer la douleur. Les coliques, les vomissemens, le déterminèrent à se rendre à l'Hôtel-Dieu ; c'était le 30 janvier 1812. Il vomit tout ce qu'il avait pris ; il fut saigné deux fois dans la soirée. On pratiqua l'opération le lendemain, sur les huit heures. Une anse d'intestin était étranglée ; elle fut réduite. Après l'opération, le malade éprouva beaucoup de soulagement, le pouls était assez bon, la face peu altérée, le ventre peu douloureux. Le lendemain, la face était pâle, plombée : vives douleurs dans le ventre, respiration courte, pouls petit, mort à dix heures du matin.

Ouverture cadavérique. Épanchement de sérosités et de matières fécales dans le ventre; l'anse d'intestin qui avait été étranglé était noire, offrait une ouverture de quelques lignes cernée par une escharre.

Clinique de M. le professeur DUPUYTREN.

Aimable Lefebre, âgé de trente-un ans, avait une hernie depuis son enfance. Le 2 juillet 1819, pendant un effort, elle devint plus volumineuse, irréductible, douloureuse. Il entra à l'Hôtel-Dieu dans la nuit. Saignée du bras, cataplasmes émolliens sur la tumeur, tentative ménagée de réduction. Le matin, visage pâle, agitation, respiration plaintive; vomissement de matières jaunâtres, verdâtres; hocquets fréquens, constipation, coliques, tension du

bas-ventre ; pouls petit, fréquent. Dans le scrotum, du côté droit, tumeur oblongue, oblique de haut en bas, de dehors en dedans ; elle s'étendait depuis un pouce au-dessus de l'anneau jusqu'au fond du scrotum ; elle était tendue, rénitente, douloureuse à la pression.

Opération. Incision de la peau selon l'axe de la tumeur et dans toute son étendue; dissection des plans sous-jacens ; ouverture du sac, en le soulevant avec la pointe du bistouri tenu horizontalement, et en pénétrant obliquement son épaisseur : il contenait peu de sérosité. M. *Dupuytren* conduisit sous l'anneau, à l'aide du doigt indicateur gauche, son bistouri herniaire, et débrida en dehors. Au-dessus de l'anneau, dans le canal inguinal, M. *Dupuytren* reconnut un deuxième étranglement produit par le col du sac ; il fut levé avec la même facilité que le premier : la hernie était entéro-épiploïque. Derrière l'épiploon était une anse d'intestin noire, épaissie, conservant son lustre, sa forme tubuleuse, distendue par des gaz et des matières fécales ; ce qui en rendit la réduction un peu difficile. On pansa la plaie : une saignée du bras fut prescrite et répétée au bout de deux heures. Pour boisson, eau de guimauve.

Dans la journée, violentes douleurs dans l'abdomen ; agitation, soif vive, pouls fréquent, peau chaude, sudorale, respiration précipitée. Le soir, même état : saignée. Pendant la nuit, insomnie, agitation. Le lendemain matin, concentration des traits de la face, front couvert de sueur ; le bas-ventre était tuméfié, très-douloureux, le poids des couvertures intolérable ; la respiration plaintive, suspirieuse, le pouls très-fréquent et petit. Mort à deux heures après-midi.

Ouverture cadavérique. Le péritoine était rouge, injecté ; de la sérosité purulente était épanchée entre les circonvolutions intestinales ; des matières fécales étaient contenues dans l'excavation du bassin ; l'anse d'intestin qui avait été étranglé était placée à trois

pouces de l'anneau; elle offrait une crevasse de quelques lignes, dont les bords étaient noirs, et se déchiraient à une légère traction.

Les bornes de ma thèse ne me permettent pas de rapporter un plus grand nombre de faits semblables.

Il arrive quelquefois que les parois de l'intestin, dans cet état voisin de la gangrène, sont épaissis au point qu'après la réduction, le cours des matières est intercepté, et les symptômes de l'étranglement persistent. La clinique chirurgicale de M. le professeur *Pelletan*, le Journal de chirurgie de *Desault*, la Chirurgie de *Pott*, nous en offrent des exemples. Dans un cas analogue, j'ai vu M. le professeur *Dupuytren* dilater l'anneau, et aller chercher l'intestin dans le bas-ventre, l'attirer au-dehors, établir un anus contre nature, et faire ainsi cesser les accidens.

Il arrive aussi quelquefois que pendant la réduction l'intestin, dans cet état surinflammatoire, se gerce; un épanchement a lieu immédiatement après. M. le professeur *Pelletan* a mentionné ce fait dans sa Clinique chirurgicale, 19^e^. Observation, vol. 3. Il dit: « Cet intestin était ballonné, d'un rouge noir, annonçant l'effet de la « contusion. Je crus cependant qu'il conviendrait de le remettre dans « le ventre, et je voulus procéder à agrandir l'anneau; mais une « première incision ne fit que déterminer le développement de « l'intestin. J'incisai de nouveau, ce qui n'empêcha pas l'intestin « de crever dans ma main, quoique je le pressasse avec modération. » Il est bon de remarquer que, dans le cas où on se détermine à réduire l'intestin dans cet état, il ne faut le presser qu'avec le plus grand ménagement, et ne procéder à la réduction qu'après avoir largement dilaté l'anneau. Mais la réduction est-elle le parti le plus prudent à suivre? Nous allons agiter cette question à l'instant.

Quel contraste il y a entre les faits ci-dessus rapportés et l'opinion de savans auteurs qui disent; l'un : « L'on peut donc avancer, « en thèse générale, qu'il faut toujours réduire l'intestin, à moins « qu'on ne le trouve gangréné (Dict. des sc. médic., article *Bubono-cèle.*)» ; l'autre : « Quel que soit le degré d'inflammation de l'intes-

« tin, quelle que soit sa couleur, on doit toujours le réduire, pourvu « qu'il conserve sa rénitence naturelle. *(Richter.)* L'intestin livide, « et même noir, ne peut pas être considéré comme gangréné ; il faut « le réduire, c'est le plus sûr moyen d'éviter le léger degré qui « conduit au sphacèle. » *(Scarpa.)* Aucun état de l'intestin ne peut s'opposer à la réduction, excepté la gangrène. (*Lawrence*, p. 243, Traité des Hern.) Ces auteurs se sont appuyés, sans doute, en émettant la même opinion, sur ce que l'intestin ; dans cet état, après la réduction, reprend quelquefois son type naturel, et qu'en restant au voisinage de l'anneau, il y contracte des adhérences ; et s'il se gangrène, il s'établit une fistule stercorale. Mais observons que cette résolution de l'inflammation de l'intestin est assez rare ; que le passage à l'état gangréneux est plus fréquent ; et que la situation de l'intestin au voisinage de l'anneau ne met pas toujours le malade à l'abri de l'épanchement. Il ne me paraît pas rationnel de réduire l'intestin dans cet état surinflammatoire, ne sachant pas s'il se terminera par résolution ou par gangrène, et de soumettre le malade aux chances d'un épanchement mortel, pour le soustraire à l'incommodité d'un anus contre nature, qui guérit presque toujours spontanément dans ces cas, où il n'y a eu qu'une incision peu étendue faite à l'intestin. Si l'expérience confirme que l'intestin, dans cet état surinflammatoire, est susceptible de se gangréner après la réduction, et que la gangrène peut être suivie de l'effusion des matières dans l'abdomen, ne conviendrait-il pas mieux ou de retenir l'intestin à l'anneau, à l'aide d'un fil passé à travers le mésentère, ou d'établir un anus contre nature ? Voici sur ce point de doctrine quelle est l'opinion d'un praticien célèbre, *Ledran* (Opérations chirurgicales, p. 130) : « Si l'on trouve, dit-il, l'intestin assez « changé pour en craindre la mortification prochaine, il faut bien « se garder de le réduire, soit qu'il ait contracté des adhérences « ou non. Je propose de ne point faire la réduction de l'intestin « toutes les fois qu'il est ouvert, gangréné, ou même menacé seule- « ment de gangrène. Je sais par mon expérience et celle des autres,

« qu'on l'a souvent réduit, quoiqu'il fût dans le cas où je défends de « le faire. Je sais aussi qu'à bien des malades les matières se sont « évacuées par la plaie, et que, l'intestin s'étant guéri, la guérison « des tégumens a suivi celle des intestins. Mais je sais aussi que « bien des malades sont morts parce que les matières fécales se « sont perdues dans le ventre : ainsi ce que je propose est ce qu'il « y a de plus sûr pour parvenir à la guérison. »

Différens procédés ont été adoptés, mis en usage, lorsque l'intestin offre une escharre sans solution de continuité. *Richter* a recommandé, après avoir levé l'étranglement, de réduire la portion saine de l'intestin et de retenir hors de l'anneau la partie gangrénée, au moyen d'un fil passé dans le bord antérieur du mésentère, d'inciser avec des ciseaux l'escharre, sans toucher au vif. Ce précepte, que donnent aussi avec *Richter* des praticiens célèbres, a pour but d'éviter l'épanchement des matières stercorales dans l'abdomen. Des auteurs fondés sur quelques observations de réduction d'intestins gangrénés suivies de guérison, et s'appuyant des faits et raisonnemens du fils de *Jean Louis Petit* (Mémoire académique), ont donné le précepte de réduire l'intestin dans ce cas. *Desault*, dans les derniers temps de sa pratique, fit une opération de hernie : il trouva l'intestin enflammé, avec une escharre ronde d'un pouce de diamètre ; il débrida, détruisit les adhérences, fit la réduction de l'intestin gangréné. Le malade guérit parfaitement. M. *Boulet* s'exprime ainsi au sujet de cette conduite (Journal de chirurgie, t. 4, p. 104) : « Tous les auteurs, en pareil cas, recommandent de retenir la portion d'intestin sphacélé, au moyen d'une anse de fil passé dans le mésentère. *Desault* le faisait autrefois comme le font encore aujourd'hui presque tous les praticiens ; mais il a abandonné cette méthode depuis long-temps, convaincu par l'expérience, et surtout par l'ouverture d'un grand nombre de cadavres, que la portion d'intestin qui formait la hernie ne s'éloigne jamais de l'anneau, et qu'il n'y a jamais d'épanchement à craindre lors de la séparation de l'escharre, parce que l'inflamma-

tion aura nécessairement produit l'adhérence de l'intestin avec les parties voisines avant d'avoir opéré cette séparation : les faits suivans répondront à cette théorie.

Clinique de M. le professeur DUPUYTREN.

Charles Desches, âgé de 59 ans, d'une bonne constitution, avait depuis trois ans une hernie inguinale, qu'il maintint pendant un certain temps avec un bandange : il fit un faux pas en portant un fardeau, il sentit sa hernie sortir. Plus volumineuse que de coutume, elle devint tendue, douloureuse. Il éprouva de vives coliques, fit vainement de longs efforts pour la réduire ; dans la nuit, il eut des nausées, des vomissemens, des hoquets. Le lendemain, même état. Un médecin fit de longues tentatives de réduction, le malade en éprouva de fortes douleurs. Le surlendemain, coliques plus violentes, persistance des mêmes symptômes.

Etat du malade le jour de son entrée à l'hôpital. En butte aux accidens de l'étranglement, il avait dans le scrotum une tumeur piriforme séparée du testicule par deux travers de doigts ; son sommet se prolongeait d'un pouce au-dessus de l'anneau. Elle était rénitente, douloureuse à la pression ; la langue était rouge, humide ; le pouls plein, fréquent. Depuis l'instant de l'étranglement, point d'évacuation alvine, point d'expulsion de gaz ; bains tièdes, saignée de bras, cataplasme émollient sur la tumeur. A sa visite du soir, M. *Dupuytren*, procéda à l'opération. A l'ouverture du sac, on vit une anse d'intestin de trois pouces de longueur, brunâtre, rougeâtre, adhérente au sac, à l'aide de membranes couenneuses faciles à détruire ; l'intérieur du sac était noirâtre et ecchymosé. M. *Dupuytren*, portant le doigt au niveau de l'anneau, le fit mouvoir entre le sac et l'intestin, et s'assura ainsi que l'étranglement était produit par le col du sac. Pour débrider, il incisa d'abord l'anneau ; puis, à l'aide du doigt indicateur gauche, qui lui servit de conducteur, il fit arriver la pointe de son bistouri herniaire jusqu'au lieu de l'étran-

glement, et dbrida en incisant le col du sac parallèlement à la ligne médiane. Une portion d'intestin fut attirée au-dehors. A l'endroit de l'étranglement était une escharre de quelques lignes : M. *Dupuytren* pressa cette escharre entre ses doigts ; il reconnut qu'elle était superficielle ; il fit la réduction de l'intestin. (*Prescription* : application de quarante sangsues sur le ventre, bain après la chute des sangsues, eau de guimauve pour tisane, lavement émollient.)

Le lendemain, le malade avait eu du délire : pendant la nuit, il fit sortir du ventre plusieurs circonvolutions d'intestins ; on en fit la réduction : les symptômes de l'étranglement étaient dissipés ; la langue était rouge, sèche ; le pouls fréquent, le ventre toujours volumineux, tendu, douloureux. (*Prescription :* bouillon de veau, lavement purgatif.)

Le soir ; prostration, la face était décomposée, le pouls très-petit, le ventre plus tendu, plus douloureux. (Application de quarante sangsues sur le ventre.) Mort dans la nuit.

L'ouverture du cadavre offrit des traces non-équivoques de péritonite. Le péritoine était rouge, injecté ; de la sérosité purulente était épanchée dans le petit bassin, dans les régions lombaires. La tunique péritonéale de l'iléon était d'un rouge violet dans l'étendue de dix-huit pouces, à partir de la portion d'intestin qui avait été étranglée. Cette portion d'intestin était placée dans la région lombarie ; libre d'adhérence, elle offrait une couleur brunâtre, cernée par une empreinte linéaire blanchâtre. L'escharre n'avait point changé d'aspect ; en la scarifiant, il fut facile de voir que la gangrène était bornée aux tuniques extérieures, et qu'elle n'avait point envahi la membrane muqueuse : celle-ci offrait une rougeur intense dans l'étendue de deux pieds.

Cette observation nous démontre que l'intestin gangréné ne reste pas toujours, après la réduction, adhérent au voisinage de l'anneau ; qu'il peut se retirer profondément dans l'abdomen.

Observation tirée de la thèse de M. le docteur Breschet.

Madame ***, âgée de quarante-huit ans, tempérament nerveux, forte constitution, portait une hernie crurale depuis douze ans, sans jamais l'avoir contenue avec un bandage: elle fut prise tout à coup, sans cause connue, de coliques violentes, accompagnées de vomissemens qui continuaient depuis trois jours, lorsqu'elle implora les secours de l'art. Elle attribuait ces accidens à tout autre cause qu'à sa hernie. Instruit qu'elle en portait une, le chirurgien reconnut l'étranglement, et se détermina à l'opération sur-le-champ. L'incision des tégumens mit à découvert une membrane solide, résistante, de couleur grisâtre que l'on crut être le sac : on l'ouvrit; il en sortit peu de sérosité, et l'on pansa l'intestin mis à nu. Un examen plus attentif fit reconnaître que le sac n'était point incisé; l'incision de ce dernier montra l'intestin un peu gangréné. On pansa la plaie, on prescrivit du petit-lait et un lavement émollient. Le même jour, à quatre heures du soir, la malade n'avait point eu d'évacuation, elle se plaignait de douleurs dans l'abdomen; le pouls était fébrile. (*Prescription :* deux demi-lavemens émolliens.) Dans la soirée, les lavemens avaient déterminé une selle abondante d'excrémens durs; mais une tension, un gonflement considérable avec douleurs très-vives s'emparèrent de tout l'abdomen ; la nuit fut inquiète, la douleur, la tension du ventre augmentèrent : pendant le jour, il y eut rémission des douleurs, mais elles reparurent le soir, et furent accompagnées de sueurs abondantes. L'état de la malade devint plus fâcheux, la tension du ventre augmenta, le pouls était petit, misérable. Mort dans la nuit.

L'ouverture du cadavre fit voir le péritoine et les intestins très-phlogosés ; l'intestin formant hernie, un peu gangréné, et présentant une crevasse du diamètre d'une demi-ligne, qui avait donné issue à une petite quantité de matière stercorale épanchée dans l'abdomen, qui se mêla à une plus grande quantité de pus séreux

produit par l'inflammation. Cette observation démontre qu'après la réduction de l'intestin gangréné, l'épanchement stercoral dans le ventre peut avoir lieu.

Le raisonnement seul conduit à penser ce que l'observation vient de nous démontrer. En effet, après la réduction de l'intestin gangréné, pour qu'il ne se fît jamais d'épanchement, il faudrait qu'au moment où l'escharre se détacherait, que l'intestin eût toujours contracté des adhérences avec le péritoine. L'anatomie pathologique nous apprend que, pour qu'il s'établisse une adhérence entre deux surfaces séreuses, il faut qu'il y ait inflammation, contact permanent de ces mêmes surfaces. Ne conçoit-on pas que l'inflammation de l'intestin gangréné peut bien ne pas toujours se communiquer au péritoine, avec lequel il est en contact? N'y a-t-il pas dans l'abdomen des mouvemens partiels, qui font varier les situations respectives des intestins et changent le contact des surfaces? Et même dans les inflammations des membranes séreuses où il y a permanence de contact et inflammation des surfaces en contact, il n'y a pas toujours adhérence. C'est ainsi que la plèvre costale n'adhère pas toujours à la plèvre pulmonaire. Dans les péritonites aiguës, assez souvent on ne trouve point d'adhérence. Enfin, si le raisonnement et les faits démontrent qu'il y a péril d'épanchement quand on réduit l'intestin gangréné, n'est-il pas préférable d'établir un anus contre nature?

Louis, avec plusieurs auteurs, recommande de ne point débrider dans les hernies avec gangrène. « Il n'y a plus d'étranglement, dit-il, la crevasse a ôté la disproportion qu'il y avait entre le diamètre de l'anneau et le volume que les parties avaient acquises, etc. »....

Cette opinion de *Louis* a besoin de restriction. On conçoit en effet que, quand l'intestin est sphacélé, affaissé jusqu'au lieu de l'étranglement, le débridement devient inutile; mais, lorsque l'intestin, quoique gangréné, troué, conserve sa forme tubuleuse, ou qu'incisé, la constriction persiste, alors le débridement est nécessaire; et lors même qu'il n'existe plus de constriction, le débride-

ment peut encore être nécessaire pour ouvrir une issue facile aux excrémens, qu'il est instant d'évacuer, parce qu'ils sont une cause de souffrances horribles et d'inflammation. C'est dans ce but que M. le professeur *Dupuytren* débride le plus souvent dans les hernies avec gangrène. L'observation suivante nous démontrera la nécessité du débridement.

Clinique chirurgicale de M. le professeur Dupuytren.

Magdeleine Magnien, âgée de cinquante-huit ans, d'une constitution forte, d'un tempérament bilieux, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 7 août 1817. Depuis trois ans elle avait une hernie réductible, qu'elle n'avait jamais maintenue. Cette fille assura qu'elle avait eu, quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, des coliques, des nausées, des vomissemens, des hoquets, du dévoiement, suivi, au bout de quelques jours, de constipation. Elle avait le visage triste, abattu; céphalalgie sus-orbitaire; enduit blanchâtre de la langue, avec soif, nausées, rapports, hoquets; pouls petit, dur, fréquent; bas-ventre tuméfié, douloureux; au-dessus de l'arcade crurale droite, tumeur obronde, aplatie, élastique, non fluctuante, douloureuse à la pression, avec chaleur, rougeur de la peau. La partie supérieure et interne de la cuisse était le siége d'un érysipèle qui offrait une fluctuation équivoque. Application de trente sangsues sur le ventre, cataplasme émollient sur la tumeur et sur l'érysipèle de la cuisse. Le lendemain matin, M. *Dupuytren* pratiqua l'opération. Vu la forme insolite de la tumeur qui était aplatie, dans un état inflammatoire, M. *Dupuytren* incisa la peau parallèlement à l'arcade crurale; les enveloppes sous-jacentes furent incisées, disséquées successivement; le tissu lamineux sous-cutané était en suppuration; le sac était de couleur noirâtre lorsqu'il fut ouvert; de la sérosité fétide, purulente, s'en écoula. Une anse d'intestin était étranglée; elle était noire, épaissie, conservait sa forme tubuleuse; elle offrait deux taches blanchâtres, grisâtres,

de quelques lignes de diamètre. M. *Dupuytren* incisa l'anse intestinale sur sa longueur, à l'endroit des escharres, dans l'étendue de huit à dix lignes. Il ne s'écoula pas de matières fécales après cette incision. Il porta une sonde dans le bout supérieur; il s'en écoula quelques cuillerées. M. *Dupuytren* retira la sonde, introduisit le petit doigt dans l'intestin, et reconnut qu'à l'endroit de l'étranglement l'intestin était resserré au point qu'il n'admettait point l'extrémité du doigt. Il porta dans le calibre de l'intestin son bistouri herniaire, et débrida, en incisant l'intestin, le col du sac et l'arcade. Après ce débridement, il se fit une abondante évacuation; une sonde fut fixée dans l'intestin, afin d'éviter le contact des matières avec la plaie. (*Prescription* : eau de veau, fomentations émollientes sur le ventre, cataplasmes émolliens sur l'érysipèle.)

Le soir, les accidens de l'étranglement étaient dissipés, la tuméfaction, les douleurs du bas-ventre avaient diminué. (*Prescription :* minoratif).

Le 2.e jour, la malade allait mieux; le ventre était souple, peu douloureux, le pouls plus développé; selles abondantes.

Le 3.e jour, amélioration croissante. M. *Dupuytren* reconnut que du pus qui s'écoulait avec les matières fécales par l'anus contre nature venait de la partie interne de la cuisse, siége de de l'érysipèle. Il y pratiqua deux petites incisions : du pus s'en écoula; la sonde fut retirée.

Le 5.e jour, rougeur, ardeur au pourtour de l'anus contre nature; expulsion de vents par le rectum.

Le 7.e jour, l'érysipèle de la cuisse était dissipé, la malade avait recouvré son appétit ordinaire.

Le 8.e jour, elle avait eu des coliques. (*Prescription :* demi-lavemens).

Le 10.e jour, persévérance des coliques, expulsion de quelques matières fécales par le rectum. Chaque jour les selles se renouvelèrent par cette voie, et devinrent plus abondantes.

Le 18.e jour, les matières sortaient à peu près en quantité égale, et par l'anus contre nature et par le rectum. M. *Dupuytren* fit exercer la compression; mais ce moyen causa, le deuxième jour, des coliques, des nausées : des-lors on abandonna à la nature la guérison de la maladie.

Le 25.e jour, il se manifesta un érysipèle à la fesse droite, qui fut guéri, en peu de jours, par l'application d'un vésicatoire; l'anus contre nature se réduisait à une fistule stercorale d'où s'écoulait un liquide jaunâtre transparent.

Le 62.e jour, la guérison de cette femme était complète. Je l'ai vue il y a quelque temps; il s'est formé une hernie secondaire.

Cette manière de débrider, que nous devons au célèbre *Arnaud*, a l'avantage de ménager les adhérences, et de ne les détruire que dans le point seul où porte le débridement : mais l'exécution n'en est pas sans danger; car, en incisant ainsi l'intestin, il faut bien se garder de prolonger l'incision au-delà de l'adhérence; il pourrait en résulter un épanchement. Ce débridement est néanmoins le seul qu'on puisse employer, lorsque les adhérences sont fort intimes et qu'on ne peut les détruire : mais, quand on peut les détruire, il est préférable de faire porter le débridement sur le sac et l'anneau. La manière de débrider variera selon l'espèce de hernie. Dans la hernie inguinale oblique, ou directe, ou externe, ou interne, le mode de débridement le plus sûr pour éviter la lésion de l'artère suspubienne, est celui qui a été proposé par *Scarpa;* il consiste à inciser le col du sac et l'anneau parallèlement à la ligne médiane, de manière que l'incision fasse un angle droit avec la branche horizontale du pubis.

Dans la hernie fémorale chez la femme, la meilleure manière de débrider est celle qui a été recommandée par *Sharp* et par *Hesselbach;* c'est le débridement en haut et en dehors : c'est celui que propose M. le professeur *Richerand*, et que pratique souvent M. le professeur *Dupuytren*.

Dans la hernie fémorale chez l'homme, on évitera le cordon

testiculaire et l'artère suspubienne, en incisant le ligament de *Fallope* tout près de son insertion à l'éminence du pubis. Il ne faut pas porter l'incision au-delà de deux lignes, car on pourrait, comme observe *Scarpa*, léser le cordon, si elle était prolongée au-delà. M. le professeur *Dupuytren* a une manière de débrider qui lui est propre, qu'il met depuis long-temps en pratique avec succès : elle consiste à inciser obliquement le bord de l'arcade en dedans et en bas, ou en haut et en dehors. En débridant en dedans, la direction oblique donnée à l'incision empêche de léser l'artère spermatique : en débridant en dehors, l'artère suspubienne ne peut pas être intéressée, vu qu'elle est éloignée de six lignes du col du sac ; et il est rare qu'on soit obligé de faire une incision qui ait plus de deux lignes d'étendue pour lever l'étranglement. Dans ces derniers temps, un chirurgien espagnol, M. *Gimbernat*, a proposé un nouveau mode de débridement, qui consiste à inciser le bord mince et semi-lunaire de l'arcade crurale. Il introduit une sonde cannelée entre l'intestin et le ligament semi-lunaire de l'arcade ; il dirige dans la cannelure de la sonde un bistouri droit boutonné ; et, retirant en même temps le bistouri et la sonde, il incise le bord semi-lunaire parallèlement à la branche horizontale du pubis. Plusieurs chirurgiens français, anglais, ont adopté cette manière de débrider. *Lawrence* pense que c'est la meilleure manière, et *Le Hey* la pratiquait avant que l'anatomie lui en eût démontré les avantages. Si ce débridement a des partisans, il a aussi des détracteurs qui pensent ; 1.° qu'on peut léser l'artère souspubienne, quand elle naît très-haut de l'artère suspubienne ; mais cette distribution est fort rare ; 2.° qu'on peut trouer, déchirer l'intestin en cherchant à introduire la sonde ; 3.° blesser la vessie, si elle est pleine d'urine.

Ordinairement, dans les hernies avec gangrène, l'intestin a contracté des adhérences avec le col du sac ; mais, dans quelques cas, il n'y a pas d'adhérence. On les détruit quelquefois, soit pour débrider, soit pour attirer l'intestin au-dehors, afin de s'assurer s'il n'est pas gangréné au-delà de l'étranglement. Dans ces cas, il me

paraît indispensable de retenir l'intestin à l'anneau à l'aide d'un fil traversant le mésentère. On a prétendu que cette précaution était toujours inutile : les faits suivans nous en démontreront l'utilité.

« *Markus*, rapporte *Richter* (Chirurg. bibliothec., t. 8, p. 516,) « fit l'opération d'une hernie inguinale étranglée, et trouva à l'ou- « verture du sac la plus grande partie de l'intestin gangréné. Après « l'incision de l'anneau, et dans le moment où il était occupé à sépa- « rer les parties mortes, le malade fit un mouvement, tout l'intestin « rentra dans la cavité du ventre. Il fit lever le malade, le fit tous- « ser et faire divers mouvemens, afin de faire ressortir les intes- « tins; mais ce fut en vain; il sortit une grande quantité d'excré- « mens par la plaie; le pouls s'affaiblit, et le malade mourut deux « heures après l'opération. »

Clinique de M. le professeur Dupuytren.

Dubois (Marie-Thérèse), âgée de quarante-un ans, blanchisseuse, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 12 juin 1817. Depuis l'âge de huit ans elle avait une hernie crurale. Le 7 juin, elle éprouva des coliques; elle ne put réduire sa hernie; les coliques furent bientôt suivies de nausées, de vomissemens, d'éructations, de hoquets. Trois médecins firent tour à tour des tentatives de réduction. La malade entre à l'hôpital le quatrième jour de l'étranglement; elle s'était enivrée en buvant du vin sucré, dans l'espoir de calmer ses coliques. Elle avait au-dessous de l'anneau fémorale droit une tumeur ronde, du volume d'une grosse noix, tendue, irréductible; le bas-ventre était tendu, douloureux, le pouls petit, fréquent, dur : les vomissemens avaient cessé, les éructations, les hoquets, la constipation persistaient. M. *Dupuytren*, à sa visite du soir, pratiqua l'opération; il s'écoula de l'incision faite au sac de la sérosité fétide, ichoreuse; une anse d'intestin grêle de deux pouces de long, de couleur noire, était étranglée; le débridement fut pratiqué en dehors. En soulevant l'intestin, M. *Dupuytren*

aperçut en arrière une crevasse à l'intestin. Il introduisit dedans la pointe d'un stylet ; en le retirant, il en sortit des matières fécales. Il agrandit cette crevasse avec des ciseaux, pour donner issue aux matières; il en sortit environ une pinte ; en abstergeant la plaie, l'intestin rentra dans l'abdomen. M. *Dupuytren* porta de suite son doigt dans l'anneau, mais il ne le rencontra point. Il invita la malade à tousser, à faire des efforts, comme pour aller à la garde-robe ; pendant ces efforts, des matières sortirent en petite quantité par la plaie, l'intestin parut à l'anneau. M. *Dupuytren* l'attira au-dehors avec des pinces, et l'y retint fixé.

Pendant la nuit, vives douleurs dans le ventre, fréquentes évacuations par l'anus contre nature, mort à deux heures du matin.

A l'ouverture du cadavre, on trouva des traces d'une violente péritonite. Il n'y avait pas d'épanchement de matière fécale ; l'intestin, fixé à l'anneau, n'avait contracté aucune adhérence avec le sac.

Pour faire antithèse, rapprochons de ces faits l'opinion de *Scarpa*. « Il n'y aura personne à l'avenir, dit-il, qui ne regarde non-seu-« lement comme inutile, mais même comme dangereux, de passer « un fil à travers le mésentère pour fixer les deux bouts d'intestin « aux lèvres de la plaie. Cette pratique, quoique généralement « adoptée jusqu'ici, doit être à jamais proscrite de la bonne chi-« rurgie. » J'ai déjà dit ailleurs que le fil devient inutile à cause « de l'adhérence que le col du sac a contractée avec l'intestin avant le développement de la gangrène ; j'ajouterai que, même dans les cas où cette adhérence n'existe pas encore, lorsqu'on fait la résection des parties gangrénées d'avec les parties saines, celles-ci contractent toujours, et en fort peu de temps, des adhérences avec le col, ou au niveau de l'anneau, ou un peu au-delà, et l'on n'a point à craindre l'épanchement des matières fécales dans le ventre.

La manière de passer un fil à travers le mésentère se fait avec un stylet aiguillé ou une aiguille courbe. C'est à quatre lignes de l'intestin qu'il faut faire pénétrer l'instrument dans le mésentère ;

le fil doit être ciré, aplati; pour empêcher qu'il n'exerce de traction sur l'intestin, il est bon, non pas de fixer les deux extrémités ensemble, en formant une anse, mais bien isolément, l'une en haut, l'autre en bas, ou en dedans ou en dehors, en ayant soin de bien tendre le fil. De cette manière, l'intestin est retenu sans qu'aucune traction soit exercée dessus.

Toutes les fois donc qu'on rencontrera, à l'ouverture du sac, l'intestin avec une escharre, il sera convenable de la scarifier, afin de s'assurer si elle n'est que superficielle; et dans ce cas, on doit réduire l'intestin, en le retenant à l'anneau avec un fil. Si la gangrène a envahi l'épaisseur des parois de l'intestin, il faut établir un anus contre nature. La manière de l'établir est indiquée dans les observations rapportées dans cette thèse. Après l'établissement de l'anus contre nature, on combat les symptômes inflammatoires du bas-ventre par les moyens antiphlogistiques appropriés à l'intensité de la maladie, à l'âge, à la constitution, à la force du malade; et lorsqu'il échappe à l'inflammation du bas-ventre, il guérit ordinairement, en peu de temps, de son anus contre nature.

Lorsque la gangrène s'est emparée de la plus grande partie de la circonférence de l'intestin, la conduite à tenir est à peu près la même : exciser les parties gangrénées sans toucher au vif; fixer l'intestin, s'il n'est pas adhérent; débrider, s'il y a constriction, ou, si les matières ne s'écoulent pas librement, panser la plaie avec de l'onguent digestif, laisser une sonde de gomme élastique dans le canal de l'intestin, en adapter une autre à son pavillon, afin de conduire les matières dans un bassin placé entre les cuisses du malade.

Lorsqu'une anse d'intestin est gangrénée, il faut en faire l'excision, établir un anus contre nature. Toutes les méthodes qui ont été proposées pour réunir les deux bouts d'intestin sont depuis long-temps abandonnées de la pratique. L'anus artificiel, lorsque la nature n'en opérait pas la guérison, était réputé maladie incurable. Il y a quelques années, M. le professeur *Dupuytren*,

guidé par l'anatomie pathologique et la connaissance exacte de la disposition des parties, conçut l'ingénieuse idée de prolonger le parallélisme de chaque bout, de les adosser, de les faire adhérer dans une étendue plus grande, puis de faire la division de cette cloison, et d'établir ainsi une communication entre les deux bouts d'intestin. L'expérience a confirmé cette théorie par des succès déjà nombreux; il est bien à désirer que M. le professeur *Dupuytren* publie lui-même sa méthode et les heureux résultats qu'il en a obtenus.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* LORRY).

I.

Si ex intestinis tenuibus aliquod dissectum fuerit, non coalescit. *Sect.* 6, *aph.* 42.

II.

Si omentum exciderit, necesse est putrefieri. *Ibid.*, *aph.* 58.

III.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

IV.

Autumnus tabidis malus. *Sect.* 3, *aph.* 10.

V.

Hyeme verò, pleuritides, peripneumoniæ, lethargi, gravedines, raucedines, tusses, dolores pectorum, et laterum, et lumborum, et capitis dolores, vertigines, apoplexiæ. *Ibid.*, *aph.* 12.

VI.

In acutis affectionibus quæ cùm febre sunt, luctuosæ respirationes, malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.